

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1932-1933. — N° 229

LES
IMPULSIONS VERBALES
DANS L'ÉPILEPSIE

THÈSE POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ
Mention « MÉDECINE »

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 21 Juillet 1933

PAR

Achilles FRANKEL

Né à VAMA (Roumanie), le 22 octobre 1903.

Examineurs de la Thèse	{	MM. ABADIE, professeur.	{	Président.
		PERRENS, professeur.		Juges.
		DAMADE, agrégé.		
		DELMAS-MARSALET, agrégé.		

BORDEAUX
IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DE L'UNIVERSITÉ

Y. CADORET, DELMAS, SUCCESSEUR

6, Place Saint-Christoly

—
1933



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1932-1933. — N° 229

LES
IMPULSIONS VERBALES
DANS L'ÉPILEPSIE

THÈSE POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ

Mention « MÉDECINE »

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 21 Juillet 1933

PAR

Achilles FRANKEL

Né à VAMA (Roumanie), le 22 octobre 1903.

Examineurs de la Thèse	{	MM. ABADIE, professeur.....	Président.
		PERRENS, professeur.....	Juges.
		DAMADE agrégé.....	
		DELMAS-MARSALET, agrégé.....	

BORDEAUX
IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DE L'UNIVERSITÉ

Y. CADORET, DELMAS, SUCCESSEUR

6, Place Saint-Christoly

1933

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS. Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. POUSSE, MOURE, W. DUBREUILH, RIVIÈRE, BARTHE,
DENIGÈS, AUCHÉ, SELLIER.

PROFESSEURS

MM.	MM.
Clinique médicale. MAURIAC.	Zoologie et parasitologie. MANDOUL.
id. CASSAET.	Médecine expérimentale. DUPÉRIÉ.
Clinique chirurgicale. CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique. TEULIÈRES.
id. BÉGOUIN.	Clinique chirurq. infantile et orthopédie. ROCHER.
Pathologie et thérapeutiques générales. CARLES.	Clinique gynécologique. GUYOT.
Clinique d'accouchements. ANDÉRODIAS.	Clinique méd. des maladies des enfants. CRUCHET.
Anatomie pathol. et microscopie clinique. SABRAZÈS.	Chimie biologique et médicale. DELAUNAY.
Anatomie. VILLEMIN.	Physique médicale et pharmaceutique. SIGALAS.
Anatomie générale et histologie. G. DUBREUILH.	Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques. BONNIN.
Physiologie. PACHON.	Clinique des malad. cutanées et syphilitiques. PETGES.
Hygiène. LEURET.	Clinique des maladies des voies urinaires. DUVERGEY.
Médecine légale et déontologie. LANDE.	Clinique des malad. nerveuses et mentales. ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médic. RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie. PORTMANN.
Chimie. CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée. LABAT.
Botanique et matière médicale. BEILLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie. GREYX.
Pharmacie. DUPOUY.	Clinique dentaire. CAVALIÉ.

MM. MICHELEAU (Médecine générale), MURATET (Anatomie pathologique), GOLSE (Pharmacie).
LACOSTE (Histologie), PERY (Obstétrique), PERRENS (Maladies mentales).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM.	MM.
Anatomie. DUBECQ.	Chirurgie générale. PAPIN.
id. DUFOUR.	id. JEANNENEY.
Physiologie. FABRE.	id. CHARRIER.
Parasitologie et sciences naturelles. R. SIGALAS.	id. LOUBAT.
Médecine générale. N.	Obstétrique. RIVIÈRE.
id. AUBERTIN.	Ophtalmologie. BEAUVIEUX.
id. DAMADE.	Dermatologie et syphiligraphie. JOULIA.
id. PIÉCHAUD.	Chimie générale pharmaceut. et toxicologie. VITTE.
id. DELMAS-MARSALET.	

COURS COMPLÉMENTAIRES :

MM.	*MM.
Médecine opératoire. PAPIN.	Puériculture. FAUGÈRE.
Physiologie. FABRE.	Démonstrations et préparations pharmac. GOLSE.
Accouchements. PERY.	Zoologie et parasitologie. R. SIGALAS.
Ophtalmologie.	MM. CABANNES.
Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes.	N.
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle.	GOURDON.
id. Clinique dentaire.	DELGUEL.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.



A LA MEMOIRE DE MA MERE

A MON PERE

A MONSIEUR LE DOCTEUR ROBERT

Médecin-Directeur de la Maison de Santé départementale du Gers.

Qui nous a conseillé et aidé chaque jour. Nous voudrions lui dire ici combien nous sommes heureux d'être son interne en ce moment et de recevoir ses précieuses leçons. Nous l'assurons de notre très respectueuse gratitude.

A MON MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. ABADIE

*Professeur de Clinique des maladies nerveuses et mentales
à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Officier de la Légion d'honneur,
Décoré de la Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique.*

En reconnaissance du grand honneur
qu'il nous fait en acceptant la prési-
dence de cette thèse.

LES

IMPULSIONS VERBALES

DANS L'ÉPILEPSIE

INTRODUCTION

Les impulsions verbales dans l'épilepsie sont du domaine de l'épilepsie psychique. Cette dernière est restée longtemps méconnue. Les troubles morbides qui la caractérisent, avec leurs états délirants, les impulsions, les altérations de la conscience et du souvenir, ont été décrits, tout d'abord par Calmeil, Esquirol et d'autres comme des psychoses indépendantes du mal comitial. C'est Morel qui, en 1869, trouvait les liens unissant ces troubles mentaux à l'épilepsie. Trousseau, Falret, Magnan, Legrand du Saulle, en France; Krafft-Ebing, en Autriche; Kraepelin, en Allemagne; Lombroso, Ottolenghi, en Italie; Hughlings-Jackson, en Angleterre, ont considérablement élargi le cadre des troubles mentaux dans l'épilepsie.

C'est ainsi que se sont introduits en pathologie le terme d' « épilepsie psychique » et la notion de sa grande fréquence. « Il n'est pas d'épilepsie, dit Abadie, sans troubles mentaux légers ou graves. »

L'épilepsie est, à notre avis, par son caractère spécial, cette maladie du cerveau dont l'étude approfondie pourrait offrir, plus que toute autre, des renseignements sur la physiopathologie cérébrale en général.

En effet, c'est comme si, par des inhibitions de certaines zones de l'encéphale, par excitations d'autres, une véritable expérience psycho-physiologique se déroulait devant les yeux de l'observateur. Les manifestations psycho-pathologiques non épileptiques réalisent plus ou moins durablement, et pas à pas, ce que l'épilepsie peut réaliser à une cadence précipitée et pour une durée relativement très courte. L'épilepsie peut nous montrer toute la gamme des manifestations psycho-pathologiques à l'occasion d'un seul accès. Nous spécifions bien que ce qui est inhibition passagère dans l'épilepsie, est destruction ou changement fonctionnel plus ou moins durable dans les psychoses non épileptiques. (Il ne faut pas comprendre le terme « inhibition passagère » dans un sens trop absolu; en réalité, à la suite de chaque paroxysme comitial, il reste une certaine altération définitive qui amène à la longue la démence.) Mettre les choses au point dans l'épilepsie serait, en grande partie, les mettre au point dans le domaine de la psychiatrie tout entière.

Nous envisageons ici l'étude des impulsions verbales dans l'épilepsie. Dans les impulsions et équivalents épileptiques, l'émission des paroles, des cris articulés ou inarticulés est fréquente. Mais pendant les accès, caractérisés par exemple par des impulsions motrices quelconques, par des accès de fureur maniaque, etc., les attitudes et les gestes absorbent toute l'attention du spectateur, et font considérer comme purement accessoires les quelques paroles plus ou moins incohérentes éventuellement prononcées.

Mais il faut considérer aussi des cas où se montre le phénomène inverse. Aux impulsions citées plus haut vont se substituer presque entièrement des équivalents verbaux : leur caractère essentiel est constitué par la prépondérance de l'activité des organes du langage au cours de l'accès épi-

leptique. Sur ce caractère de prépondérance du débit verbal sur les autres manifestations pendant l'état épileptique, Cheadle a attiré l'attention en 1875. Il appelait ce genre d'équivalent épileptique « *muttering epilepsy* », épilepsie marmottante, « *eclampsia loquax* ». Nous rapportons plus loin ses observations caractéristiques. Nous nous référons aussi à Trousseau, Magnan et d'autres, qui en ont donné de très intéressantes preuves cliniques.

C'est en 1897 que Sante de Sanctis, Christiani, et, après eux, Branchini décrivent des équivalents musicaux de nature comitiale. Bianchini les appelle « *Aura canora* ».

L'équivalent consistant dans l'altération de l'articulation de la parole sous forme de bégaiement a été bien décrit par Féré et par d'autres auteurs après lui.

Les impulsions verbales dans les états confusionnels post-paroxystiques sont fréquentes; mais de telles manifestations comme auras ou comme équivalents de l'accès convulsif sont relativement rares; aussi ne pouvons-nous présenter des observations personnelles qu'en nombre extrêmement réduit. Nous avons dû les puiser pour la plupart dans les publications. Montrer leur grande variété et les soumettre à un essai d'analyse sera le but de cette thèse.

Le cerveau est le siège de la volonté et de l'intelligence. En 1840, Flourens, en enlevant à des animaux vivants le cerveau, pouvait démontrer expérimentalement ce fait. Dès la fin du xvm^e siècle, Gall eut l'idée de localiser dans les différentes parties du cerveau les différentes facultés intellectuelles. Sa « phrénologie » ou « système des bosses », après un moment de célébrité, fut abandonnée. C'est Broca qui, en 1861, montra le premier que la faculté du langage articulé devait être localisée dans la troisième circonvolution frontale gauche. Un développement considérable de cette région du cerveau doit correspondre à une faculté oratoire remarquable : c'est ce qui a été observé sur le cerveau de Gambetta, dont cette partie était doublée de volume.

Plus récemment, Pierre Marie opposa à la conception de Broca sur l'aphasie une interprétation nouvelle : « Je nie, dit-il, qu'il existe dans le pied de la troisième circonvolution frontale gauche un centre moteur verbal. »

Pour être aphasique, il faut, d'après cette doctrine, être diminué au point de vue intellectuel, et cette diminution résulte de la lésion d'une zone cérébrale : la zone de Wernicke, dite sensorielle. Si la lésion ne s'étend pas au delà de cette zone, l'aphasie est dite sensorielle. L'aphasie de Broca se réalise lorsque, à cette aphasie sensorielle, se joint un trouble spécial du langage que Pierre Marie désigne sous le nom : « anarthrie ».

Pour affirmer que la 3^e frontale est étrangère à la fonction du langage articulé, Pierre Marie invoque les raisons suivantes : 1^o il existe des cas typiques d'aphasie de Broca sans lésion de la 3^e frontale gauche; 2^o on peut rencontrer la destruction du pied de F³ sans qu'il y ait eu aphasie de Broca. Par contre, dans le cerveau des aphasiques de Broca, deux lésions sont nécessaires et suffisantes : a) celle de la

zone de Wernicke; b) celle de la zone lenticulaire. La lésion de F³ coexiste souvent avec ces deux lésions; mais elle est en quelque sorte du superflu. D'où l'équation célèbre de Pierre Marie :

Aphasie = aphasie de Wernicke + anarthrie.

L'explication du mécanisme de notre langage exige la connaissance de l' « automatisme verbal »; c'est un automatisme psychologique.

I

L'INSTALLATION DE L'AUTOMATISME PSYCHOLOGIQUE

L'individu, au commencement de son existence, ne dispose d'aucun automatisme psychologique. De ses ascendants, il n'hérite que de la faculté anatomo-physiologique d'établir ces automatismes. A chaque être il incombe séparément d'installer, de développer, de perfectionner des automatismes psychologiques au moyen de son activité psychique.

Tout dans la nature tend à la perfection, et le progrès organique est continu. Chez les êtres vivants, tout ce qui entrave les possibilités d'existence ou qui lui est nuisible tend à la disparition; tout ce qui l'accroît tend à l'exaltation. Des exemples démonstratifs sont partout rencontrés.

L'anatomie comparée et certaines expériences ont montré que lorsqu'on réussit à faire vivre un animal dans un milieu différent de celui où il vit habituellement, on peut modifier la forme et la structure de cet animal; on a pu suivre ces modifications sur des crustacés ou des mollusques qu'on fait passer de l'eau saumâtre dans l'eau douce, ou sur des animaux qui sont élevés dans l'obscurité au lieu d'être exposés à la lumière. L'animal dans un nouveau milieu peut acquérir des facultés nouvelles : il s'adapte. Cette adaptation n'est que la tendance à la réaction biologique optima, et l'installation de l'automatisme psychologique est due à cette tendance.

Le déclenchement de cet automatisme n'a lieu, à l'état

normal, qu'avec l'acquiescement de la conscience, de même que celle-ci prend simultanément connaissance de l'activité automatique exécutée. Pour la conscience, cette installation d'automatisme signifie simplement la dispense de s'occuper de l'association de détails. C'est par cette dispense, grâce à l'automatisme, que notre cerveau peut concevoir, sans les entraves d'une composition détaillée, des complexes d'idées de plus en plus hardis, comme si ces complexes étaient devenus de simples éléments.

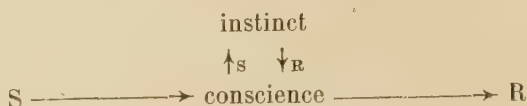
Quelle facilité, en effet, quel allègement, pour notre pensée, que cet automatisme, qui, réunissant nos souvenirs-sensations les plus simples en des faisceaux de plus en plus complexes, qui, à leur tour, sont réunis aussi dans un seul faisceau, lui-même, à son tour, avec d'autres similaires, réuni à nouveau dans une unité, et ainsi de suite. De cette manière la conscience dispose de l'ensemble des souvenirs-sensations les plus compliqués comme s'il s'agissait d'une sensation élémentaire, primitive, simple.

Cet automatisme conserve ce qui est acquis; il nous permet donc d'utiliser le passé. Il élabore et il prépare au-dessous de la conscience claire des activités qui la dépassent. Il réalise une économie de temps, de conscience, d'effort, de fatigue, d'attention; il facilite l'adaptation et le progrès.

Les conditions indispensables à l'installation d'un automatisme psychologique sont : la conscience pour l'attention, c'est-à-dire le contrôle; la mémoire, c'est-à-dire le pouvoir de fixation des sensations enregistrées, par la conscience; enfin, la faculté d'évocation d'un souvenir associé à toute sensation constituant une nouveauté pour l'être : c'est le souvenir de l'expérience similaire la plus réussie dans le passé qui détermine la réaction psychologique de l'individu.

Celui-ci, qui n'a jamais encore éprouvé une sensation S, réagira à son égard conformément à sa tendance à la réaction psychique optima, tendance qui lui est innée et qu'on appelle communément instinct; désignons avec R la réaction

psychologique à une première sensation S; nous avons le schéma :

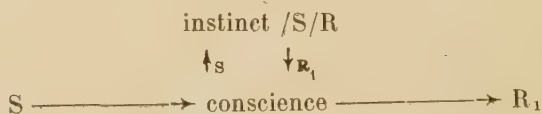


Si cette même sensation passe une deuxième fois dans la conscience de l'individu, elle trouve ce dernier déjà transformé; en effet, l'individu enrichit ses facultés psychiques par la première expérience, de :



parce que, dans sa mémoire, s'est fixé le souvenir de la première expérience, c'est-à-dire de la sensation éprouvée, de sa propre réaction R, avec l'effet favorable ou défavorable produit par R.

Si la réaction psychologique R est améliorable, la perception de S pour la deuxième fois donnera :



R₁ sera une réaction psychologique meilleure que R; à des nouvelles sensations S, le contrôle de la conscience se trouvera en activité jusqu'à l'obtention de la réaction psychologique optima R_x, réaction qui n'est plus améliorable. A partir de ce moment, le rôle de la conscience pour la reproduction de R_x devient accessoire; un automatisme psychologique pour la reproduction de R_x à la sensation S s'installe. R_x peut être intellectuel, émotionnel, moteur, etc., et nous aurons respectivement un automatisme intellectuel, émotionnel, psycho-moteur.

II

L'INSTALLATION DE L'AUTOMATISME VERBAL

Une des images-sensations qui frappent le plus précocement l'esprit d'un enfant est l'image de son père. L'image visuelle de celui-ci avec l'image auditivo-visuelle de la mimique et de la prononciation simultanée de « papa. » de la part des personnes de l'entourage engendrent chez l'enfant une réaction psycho-motrice R : l'enfant s'efforcera de prononcer « papa », puisque la tendance à la réaction biologique optima, propre au jeune être humain, vise à l'acquisition du pouvoir du langage, à la faculté de dénommer les choses qui l'intéressent; cette faculté constitue en effet un perfectionnement énorme de ses conditions d'existence.

L'enfant cherchera d'abord à prononcer la lettre « p »; l'effort des muscles labio-glosso-pharyngo-laryngés n'y parviendra, au début, que d'une façon pénible et défectueuse. La conscience, organe de contrôle indispensable au progrès, enregistrera la défectuosité de « p »; avec la collaboration incessante de son contrôle, il parviendra, après bien des corrections, à prononcer parfaitement cette lettre; la réaction psycho-motrice optima R_x sera atteinte. Le contrôle, c'est-à-dire le rôle de la conscience pour l'obtention de R_x , devient accessoire. Un centre d'automatisme psycho-moteur pour la lettre « p » s'est créé. Ce centre, dans notre schéma, sera sous la dépendance d'un centre de syllabe « pa », lequel à son tour dépendra du centre de l'automatisme pour le mot « papa ».

Il en est de même de la création des phrases. La seule vue

d'une personne de connaissance amène la prononciation de cette phrase spontanée, et pour ainsi dire automatique : « Bonjour, Monsieur (ou Madame, etc.), comment allez-vous? »

Si cet automatisme venait à manquer, il faudrait tout recommencer : il faudrait tout réapprendre, la volonté ne pouvant pas remplacer l'automatisme.

Il en est de même dans l'établissement des centres d'automatisme musical. Une bribe de mélodie entendue est capable de déclencher en nous la mémoire de toute une chanson, dont la reproduction est devenue automatique ou quasi automatique.

« Rien, à l'état normal, n'est plus automatique que le langage; les expressions toutes faites, les lieux communs, sont la nourriture de nos conversations de chaque jour. Il suffit d'ouïr la moyenne de celles-ci pour en apprécier tout le néant : nos formules de politesse ou d'accueil ne sont que des stéréotypies automatiques. » (Picard.)

III

AUTOMATISME VERBAL ET DECHARGE EPILEPTIQUE

En admettant un siège morphologique de la conscience, ce siège devrait être supposé non pas dans un endroit spécial, mais réparti dans l'ensemble des neurones du cortex. La conscience est en rapport avec tous les centres des souvenirs sensoriels (centre du souvenir visuel dans le lobe occipital, auditif dans le lobe temporal, olfactif dans la corne d'Ammon, etc.). La conscience est, d'autre part, en communication avec les centres de l'automatisme psychologique (automatismes intellectuels, émotionnels, psycho-moteurs, etc.). Quels seraient les effets d'une décharge épileptique dans un tel système physiologique?

La décharge, suivant la théorie de Jackson, paralyse pendant un certain temps l'action d'un ou de plusieurs des centres nerveux supérieurs, et la suppression de l'action directrice permet alors le développement d'une action automatique plus grande.

Quel que soit le mécanisme intime de la décharge, l'état épileptique est défini par l'ensemble des réactions résultant des manifestations simultanées de deux ordres : des inhibitions et des excitations.

Qu'il s'agisse ici de deux ordres de phénomènes, inhibition des centres supérieurs et excitations simultanées des centres inférieurs, ou qu'il s'agisse de la seule inhibition des centres supérieurs, qui à elle seule ferait bondir comme des ressorts libérés l'activité des centres qui jusqu'alors en subissaient l'action frénatrice, le résultat est toujours : manifesta-

tions d'excitation de centres d'une part, inhibition d'autres centres d'autre part.

Comment pourrions-nous mettre en harmonie toutes les variétés de l'épilepsie avec l'effet de la décharge épileptique? Regardons brièvement les différents aspects de l'épilepsie, ils sont :

- 1° purement moteurs : syndrome bravais-jacksonien; grand accès convulsif avec sa phase tonique et clonique; équivalents moteurs divers;
- 2° sensitivo-sensoriels : sensations de diversité inouïe, hallucinations, etc.;
- 3° psychiques : perte de connaissance, états d'obnubilation, impulsions de toute nature.

La décharge épileptique peut porter à la fois sur tous ces domaines de l'activité cérébrale avec simultanéité des phénomènes d'excitation et d'inhibition. Les diverses formes cliniques de l'épilepsie sont en réalité uniquement déterminées par le siège anatomique de la décharge épileptique, par son extension, par sa durée.

L'aspect clinique polymorphe à l'infini de l'épilepsie dépend de la variabilité des trois facteurs suscités. Le système nerveux central est organisé conformément à une hiérarchie rigoureuse des différents centres. Ceux-ci sont sous la dépendance immédiate et inexorable d'autres centres. On comprendra, de par cette disposition anatomo-physiologique, toutes les perturbations qu'un trouble quelconque y pourrait apporter.

Par l'atteinte du territoire d'innervation du langage au cours d'une décharge épileptique, on assiste en clinique à toute la gamme des variations théoriquement possibles; on voit même des cas d'inhibition des centres de la parole avec ménagement du reste encéphalique provoquer un équivalent aphasique.

D'autres fois, à la suite d'un traitement, ces impulsions sont constituées par un cri, équivalent de l'accès convulsif.

Elles peuvent se présenter sous la forme d'un logospasme, avec prononciation de lettres ou de syllabes et conservation de la conscience. Des paroles et des phrases dépourvues de sens les constituent parfois. Dans quelques cas, ces phrases montrent une tendance à la coordination, de façon qu'elles peuvent en imposer à un auditoire.

Fréquemment l'impulsion verbale est constituée par une crise coprolalique. Le malade lâche brusquement une bordée d'injures, de mots orduriers, avec la plus grande impassibilité et sans s'émouvoir le moins du monde de l'étonnement qu'il provoque dans son entourage.

Dans la catégorie des impulsions logorrhéiques de nature comitiale, il faut ranger les équivalents musicaux de l'épilepsie, « l'aura canora » des Italiens; même richesse des aspects cliniques : de la simple note ou bribe musicale jusqu'aux chants plus ou moins prolongés de mélodies, de romances ou d'airs d'opéra.

Une classe à part forment les équivalents caractérisés par une altération de la prononciation verbale : le bégaiement.

A mentionner encore l'adoption d'une autre langue ou idiome par les polyglottes au cours de la crise comitiale.

IV

LES IMPULSIONS VERBALES NON EPILEPTIQUES

Les impulsions verbales comitiales doivent être distinguées des impulsions verbales non épileptiques. Ces dernières sont constituées par la loquacité du maniaque, le bavardage de l'idiot, la verbigération du catatonique, la logorrhée de certains paranoïaques, etc. Les plus simples de ces impulsions sont celles dans lesquelles le malade, possédé déjà par des hallucinations motrices, est forcé de les répéter à haute voix. Parfois il sent la parole se former malgré lui; il est forcé de prononcer des mots qu'il ne voudrait pas dire, qui parfois sont contraires à sa propre pensée. Le malade interprète souvent d'une façon délirante son impulsion verbale. Il l'attribue, soit à des influences extérieures, dit qu'on lui électrise la langue, qu'on le force de parler; d'autres fois il les attribue à des agents qui pénètrent dans son propre corps et se servent malgré lui de ses organes pour agir et parler sans qu'il soit lui-même en cause. Ce n'est pas lui, dit-il, c'est un autre qui parle.

L'impulsion verbale naît tantôt d'emblée, tantôt elle succède à une impression auditive réelle d'un mot que le malade est obligé de répéter à voix haute (écholalie vraie) ou à voix basse, ou même mentalement (écholalie mentale). D'autres fois, l'impulsion est précédée de l'obsession de certains mots qu'il faut irrésistiblement prononcer dans un but de préservation.

Il existe aussi une catégorie de médiums délirants, les médiums parlants, qui ne peuvent pas s'empêcher de dire des paroles dont ils ne soupçonnent pas le sens et qu'ils entendent avec surprise.

LE DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL DES IMPULSIONS VERBALES DE NATURE COMITIALE AVEC LES IMPULSIONS VERBA- LES DES AUTRES PSYCHOSES

Les impulsions verbales de nature comitiale ont leur caractère propre.

Elles sont d'abord, soit :

1° en relation avec les attaques convulsives et se montrent :

a) comme aura;

b) comme équivalent de l'attaque;

c) comme phénomène postparoxystique;

2° à l'occasion des états épileptiques confusionnels en général.

Les plus fréquentes, les plus banales pour ainsi dire, sont les impulsions des états postparoxystiques. Puis, dans l'ordre de fréquence, celle des états crépusculaires, confusionnels. Les plus rares sont les auras et les équivalents de l'attaque convulsive.

En présence des malades présentant des impulsions verbales, on pourrait avoir à reconnaître leur nature comitiale dans deux circonstances différentes :

1° Chez des épileptiques ne présentant que des troubles mentaux très légers;

2° Chez des épileptiques présentant en même temps des troubles mentaux graves et durables.

Dans la première éventualité, le diagnostic de l'impulsion verbale épileptique s'établira : sur l'absence de troubles mentaux antérieurs, sur la soudaineté de l'apparition de

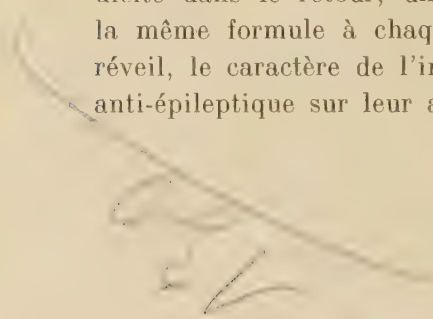
l'accès, sa brève durée, sa stéréotypie consistant dans la reproduction pour ainsi dire phonographique des paroles, du même accent, de la même expression. Un signe des plus caractéristiques est le changement subit du malade : pâleur, fixité du regard, ainsi que la relation de l'impulsion verbale avec les accès convulsifs, s'il s'agit d'une aura, d'un équivalent de l'accès, d'une impulsion postparoxystique; enfin l'amnésie consécutive et l'action curative du traitement.

Dans la deuxième éventualité, où il s'agit d'aliénés avérés, et qui sont des épileptiques en même temps, le diagnostic peut être difficile, puisque ces malades peuvent présenter des impulsions verbales non épileptiques et des impulsions verbales épileptiques.

Quand l'impulsion verbale épileptique constitue l'aura d'un accès, le diagnostic est facile; elle est amnésique (ce qui n'est pas toujours facile à constater chez des aliénés). Les impulsions verbales non épileptiques du même malade sont mnésiques. Postparoxystique, l'impulsion est facile à reconnaître. Plus difficile à diagnostiquer est parfois l'équivalent de l'accès. Mais, dans ces cas, les anamnétiques (défaut imprévu d'accès convulsif habituel coïncidant avec l'avènement d'une impulsion verbale et accompagnée d'un brusque changement d'aspect) et l'amnésie consécutive nous aident à discerner une impulsion verbale épileptique d'une impulsion verbale non épileptique chez le même malade.

De la plus grande valeur dans les cas douteux est le traitement anti-épileptique; c'est un véritable traitement d'épreuve, qui fait disparaître, s'atténuer ou s'espacer les impulsions verbales épileptiques et qui laisse subsister celles de nature non comitiale.

En résumé, les impulsions épileptiques verbales ont un début brusque, une durée relativement courte, une périodicité dans le retour, une reproduction identique suivant la même formule à chaque accès, de l'amnésie totale au réveil, le caractère de l'influence suspensive du traitement anti-épileptique sur leur apparition.



REMARQUES SUR LES TROUBLES DU LANGAGE DES EPILEPTIQUES EN DEHORS DES IMPULSIONS VERBALES COMITIALES

Chez les épileptiques, on observe parfois de l'aphasie pré et postparoxystique. L'aphasie préparoxystique est, pour la plupart, purement motrice; celle de l'état postparoxystique est presque toujours sensorielle.

Pick, dans les *Archives für Psychiatrie*, fait d'intéressantes études sur l'aphasie postparoxystique. Il appelle le retour successif du langage une réévolution. Nous distinguerons, d'après lui, les degrés suivants : tout d'abord, surdité verbale complète, avec absence complète de la compréhension verbale. On répète le mot au début automatiquement; plus tard, volontairement et de façon interrogative; à la fin, survient le parler spontané. Pick explique ces phénomènes par l'épuisement du centre acoustique et indique que dans d'autres cas c'est le centre du langage qui est aussi atteint.

Mentionnons les recherches faites en Allemagne sur le langage des épileptiques par Sommer, Fuhrmann, Ricklin, Iserlin, Christoffel; ce dernier surtout, qui affirme pouvoir reconnaître l'état mental épileptique sans les attaques convulsives rien que par la nature des réponses des malades aux « mots provocateurs » (répétition incessante des mots, association par assonances avec temps de réaction prolongé, persévération, réponses par idée générale à une question précise et difficulté de trouver le mot propre).

Ainsi envisagées, les impulsions verbales ne sont que le paroxysme d'un langage comitial, avec ses caractères propres, même aux périodes libres de tout accès.

Trénel, dans les *Annales médico-psychologiques*, en 1914, souligne surtout le symptôme de persévération, de l'adhérence au mot comme caractéristique de l'épilepsie en général.

« C'est la répétition habituelle de la même idée, de la même phrase, du même mot, d'une façon monotone, parfois presque indéfinie, peut-on dire. Ce symptôme est appréciable, surtout dans les états postparoxystiques, mais il ne leur est pas absolument propre. D'ailleurs, en tout temps, l'épileptique a une monotonie très grande d'idées et d'expressions. Y a-t-il là un symptôme de démence ou tout au moins d'affaiblissement intellectuel ? C'est ce que je ne suis pas en mesure de dire, mais, en tout cas, je considère ce symptôme de persévération, d'adhérence du mot ou de l'idée, comme absolument caractéristique de l'épilepsie en général. Je crois possible, abstraction faite de tout autre signe et en dehors de tout anamnétique, de faire sur lui seul le diagnostic de l'épilepsie dans un cas difficile. Des faits analogues se rencontrent, il est vrai, dans d'autres circonstances, dans la démence précoce, dans les états ébrieux, mais avec d'autres caractères. J'ai proposé de dénommer ce symptôme la paliphrasie ou la palilogie des épileptiques, et, par analogie, le même fait se reproduisant dans les écrits spontanés ou commandés, on peut admettre une paligraphie des épileptiques. »

VII

OBSERVATIONS

1° Impulsions comitiales constituées par un cri.

OBSERVATION I.

(PICARD.)

Avec notre maître, M. Marchand, nous observons une épileptique qui, n'ayant plus d'accès convulsif depuis le traitement par le gardénal, pousse brusquement plusieurs fois par jour un cri rauque et bref.

2° Impulsions comitiales constituées par l'émission de lettres isolées et de syllabes isolées.

OBSERVATION II.

(STCHERBAK.)

Il s'agit d'un malade de 47 ans chez lequel sont associées l'hystérie et les manifestations d'une lésion cérébrale organique (forme méningée et vasculaire de la syphilis). Le malade est atteint d'épilepsie jaksonienne, et, pendant les accès, on constate l'inhibition des centres moteurs complexes de la parole et de l'écriture avec excitation concomitante des centres moteurs simples de prononciation des lettres; cette excitation se traduit par la répétition indéfinie de certaines lettres, et par la représentation mentale obsédante de ces lettres; cette représentation pouvant se transformer en pseudo-hallucination littéraire et en hallucination psychomotrice.

OBSERVATION III.

(FÉRÉ.)

Il s'agit d'un homme de 44 ans, appartenant à une famille nerveuse, ayant eu des convulsions dans l'enfance et une incon-

tinence d'urine jusque vers l'âge de 7 ans. A 34 ans, à la suite d'une longue course au soleil, il avait eu une crise convulsive avec perte de connaissance et avec morsure de la langue. Cette première crise fut suivie d'autres, qui laissèrent entre elles des intervalles de cinq ou six mois, jusqu'à l'âge de 42 ans, où elles devinrent mensuelles, puis bimensuelles. Il y avait morsure de la langue à toutes les attaques. La perte de connaissance était complète dès le début, le malade n'avait aucune notion d'aura. Peu après le début du traitement bromuré, en juin 1893, les crises diminuèrent de nombre et d'intensité et les spasmes se limitèrent de plus en plus, d'abord du côté droit, puis à la face, puis presque exclusivement à la langue. Le malade est pris tous les deux ou trois mois, au réveil ou quelquefois dans la journée, d'un spasme de la langue et des lèvres, produisant l'émission de sons articulés, où les consonnes linguales tiennent le rôle principal. Tantôt c'est la même syllabe qui est répétée rapidement pendant toute la crise : « lolololo », etc.; tantôt la consonne restant la même, la voyelle change : « lolalola », etc. ou bien encore il y a une succession de syllabes commençant par les consonnes l, d, t, r, associées à l'une quelconque des voyelles; enfin, dans d'autres accès, ou à une autre période d'un même accès, le malade prononce des mots enfantins ou incohérents, le dada, le rat, le dodo, le bobo, la tantante, ratu, rato, etc., qui ne diffèrent guère des répétitions syllabiques précédentes. Le malade est conscient de ces spasmes articulatoires et peut les répéter ensuite. Ces accès ont une durée variable, souvent de quelques secondes, quelquefois d'une minute et même plus; dans ce dernier cas, le malade sent ensuite de l'engourdissement dans le côté droit de la langue. Dans ces derniers temps, le malade a remarqué que le spasme n'ayant pas encore commencé, s'il secoue vigoureusement le bras droit, la crise peut avorter. Il a fait cette dernière remarque un jour qu'il était près de son spasme lingual devant une personne dont il aurait voulu éviter la présence, et qu'il s'était mis à trépigner d'impatience.

OBSERVATION III *bis*.

(Prise dans le service de M. le Docteur ROBERT.)

Mme B..., 36 ans, épileptique avec des accès convulsifs classiques (phase tonique, phase clonique, morsure de la langue, stertor, stupeur postparoxystique). Cette malade présente aussi des équivalents qui consistent en un brusque changement d'attitude avec pâleur (ou parfois congestion); en même temps son regard devient inexpressif et fixe; elle pousse de grands cris, se frotte les mains, court en décrivant un cercle et répète sans arrêt cette syllabe : « Ma-ma-ma ». Ceci dure pendant sept à huit minutes, et à la fin revient à son état habituel, ne gardant aucun souvenir de ce qui s'est passé.

Ces équivalents épileptiques se déroulent toujours de la même manière.

3° Impulsions comitiales constituées par l'émission de paroles et de phrases incohérentes.

OBSERVATION IV.

(Trousseau.)

J'avais pour ami le président d'un tribunal de province; c'était un homme d'une intelligence supérieure, mais il y avait eu des aliénés parmi ses parents, et sa sœur, entre autres, était folle. Lui-même était affecté d'accidents nerveux épileptiques, sans être jamais tombé du haut mal. Un jour, au milieu d'une audience qu'il tenait, il se lève, en marmottant entre ses dents quelques mots inintelligibles; il passe dans la salle du conseil, puis rentre en séance quelques secondes après, sans savoir ce qu'il vient de faire, si bien que ses collègues lui ayant demandé où il était allé, il ne comprend pas ce qu'ils veulent lui dire et n'a nul souvenir de s'être absenté. A quelque temps de là, la même chose lui étant arrivée, l'huissier fut chargé de le suivre : il le vit pisser dans la chambre du conseil, puis reboutonner sa

culotte et rentrer dans la salle des séances, ne se doutant pas plus que la première fois de son incongruité. Cependant, il s'apercevait bien que, pendant quelques minutes après ces accès, ses facultés étaient un peu troublées.

J'en eus connaissance et par lui et par son beau-père; à celui-ci je n'en dissimulai pas la gravité, et je fis engager le malade à se démettre de ses fonctions; il eut quelque peine à s'y décider. Mais un jour qu'il occupait son siège, il se lève, fait quelques pas dans la salle et tient aux assistants un langage incohérent. Presque immédiatement après il avait repris sa place, et, sans trouble appréciable de la pensée, il continuait à diriger les débats. Toutefois, le scandale avait été assez grand pour que les juges qui l'assistaient dussent le prévenir de la scène à laquelle il avait donné lieu. Il comprit que, dans sa situation, il courait tout au moins le risque de voir invalider ses jugements, les parties condamnées pouvant invoquer comme motif de cassation les absences de celui qui les avait prononcés, et prétendre, à tort ou à raison, qu'il n'avait pas son entière lucidité d'esprit. Il donna donc sa démission.

Etant venu habiter Paris, il s'y livrait avec ardeur à des travaux historiques et était membre d'une société qui s'assemblait à l'Hôtel de Ville. Un jour, au milieu d'une discussion, il se lève, sort et descend sur le quai de Gèvres, où il reste exposé, nu-tête et sans manteau, au vent et au froid. Revenu à lui, il est fort surpris de se trouver là; il rentre auprès de ses collègues, prend part de nouveau à la discussion, il soutient ses opinions, combat celles de ses adversaires, avec son intelligence, sa verve et son savoir habituels. Ainsi, tout en perdant pendant ses attaques la conscience de ses actes, il marchait et se dirigeait assez pour éviter les obstacles, les voitures, les passants, qu'il avait dû rencontrer sur son chemin.

Lisait-il, il suspendait tout à coup sa lecture, répétant avec volubilité le dernier vers, le dernier membre de phrase sur lequel il s'était arrêté. Sa physionomie offrait alors une expression qui ne lui était pas ordinaire, mais presque tout de suite il reprenait son livre et continuait de lire.

OBSERVATION V.

(Trousseau.)

J'ai rapporté en plusieurs occasions l'histoire de cet ecclésiastique qui, au moment où il remplissait les fonctions de diacre et encensait l'évêque officiant, fut pris d'un accès épileptique et continua d'encenser, tout en tournant la tête d'une façon bizarre, tout en grimaçant de telle sorte que l'accident n'échappa à personne. Sujet à des vertiges, il les avait souvent alors qu'il était en chaire ou alors qu'il célébrait la messe. Ces troubles nerveux étaient si passagers que jamais le malade n'avait été forcé d'interrompre son sermon ou de quitter l'autel; mais comme alors il chantait d'une façon étrange, que quelquefois il avait laissé échapper des paroles incohérentes, que ces actes étaient fort peu en harmonie avec la dignité du sacerdoce, on fut obligé de lui interdire l'exercice de son ministère. Il vint me consulter, et c'est de lui-même que je tenais tous ces détails.

OBSERVATION VI.

(Trousseau.)

Un architecte de Paris, épileptique depuis longtemps, ne craint pas de monter sur les échafaudages les plus élevés des maisons en construction. Il n'ignore point pourtant que ses accès se sont déclarés souvent alors qu'il marchait ainsi sur des planches étroites, situées à une assez grande hauteur. Jamais il ne lui est arrivé d'accident. Au moment de sa crise, on le voit courir précipitamment sur les échafaudages, prononçant ou plutôt criant son nom d'une voix haute et brève. Un quart de minute après, il reprend son travail, se remet à parler à ses^e ouvriers; à leur donner ses ordres; mais si on ne le lui disait, il n'aurait aucune idée de l'acte singulier auquel il s'est livré.

OBSERVATION VII.

(Trousseau.)

Le 16 mai 1857, le Docteur Fantin amenait dans mon cabinet un vieil agriculteur de 73 ans, qui, depuis quatre ans seulement,

avait des accidents épileptiques. Ils avaient commencé par de grandes attaques survenant pendant la nuit; le matin, le malade se réveillait tout hébété, la langue mordue et douloureuse; sous l'influence d'un traitement par la belladone, exactement suivi pendant trois ans, les grandes attaques avaient entièrement cessé, et cet individu n'avait plus ce qu'il appelait des « bêtises ». Tous les mois, quelquefois à des intervalles un peu plus rapprochés, il avait une absence, qui durait jusqu'à quinze et vingt minutes, et pendant laquelle il disait des paroles incohérentes. Puis il revenait à lui, sans ressentir aucune fatigue, mais aussi n'ayant aucun souvenir de ce qui s'était passé depuis le début de l'attaque.

OBSERVATION VIII.

(ARDIN-DELTEIL.)

Assez souvent il s'approchait de moi d'un air piteux, la lèvre inférieure un peu abaissée, laissant écouler la salive non agitée en écume, le regard fixe et l'œil humecté, la pupille dilatée et la peau du front plissée; il me frappait sur l'épaule et s'écriait : « A la garde ! » ou « De l'eau ! de l'eau ! » Ces phénomènes coïncidaient toujours avec une perte de conscience. A cet état, dont la durée était de quelques secondes, succédait un peu d'étonnement; il n'avait eu conscience de rien; c'était pour lui, suivant son expression, comme s'il avait cessé d'exister un instant.

OBSERVATION IX.

(FÉRÉ.)

Moreau cite une malade qui, dans l'aura, inclinait alternativement la tête à droite et à gauche, en disant : « Dodo, dodo. »

J'en ai observé un autre qui répétait, avant de tomber : « C'est bien, c'est bien. »

OBSERVATION X.

(PICARD.)

Malade de 33^e ans. Pas de crises d'épilepsie classique; pourtant, au cours de ses accès, il lui est arrivé de tomber; il se retrouve alors sale et débraillé, porte des traces de chute, des

meurtrissures et de la boue. D'autres fois, il a des contractions de la bouche et se mord les joues, quelquefois la langue, ou urine dans la rue lors de son errance.

Sa conscience n'est pas toujours abolie. Il perçoit, mais il n'intègre pas ses actes dans sa personnalité. Une fois, chez des amis, il a récité hors de propos et sur un rythme rapide : *La mort du pélican*, d'Alfred de Musset. Il ne s'entendait que très vaguement. Il ne percevait sa voix que murmurée; il pouvait en retenir le flux. « C'est comme une personne très éloignée qui parle; je n'ai pas l'impression que c'est moi ! »

OBSERVATION XI.

(CHEADLE.)

A..., tailleur, avec épilepsie d'origine traumatique se manifestant par les symptômes suivants : le malade sent un frisson, il tremble, s'appuie contre un soutien solide et devient inconscient; il a grand peine à se tenir debout, mais ne tombe pas. Son bras gauche devient impuissant, jamais le droit n'est atteint, pourtant il laisse tomber ce qu'il porte à cette main dans ces moments-là. Les yeux sont ouverts et tournés en haut. Pendant toute la durée de son attaque, il va, répétant sans cesse le même mot, la même phrase, avec une grande rapidité, sans s'arrêter. Il ne s'est jamais mordu la langue. Il a uriné deux fois volontairement pendant les accès; après l'attaque, il est très assoupi.

Dans sa famille, il n'a pas d'antécédents nerveux. Un jour, le malade se trouvant dans la salle d'attente du cabinet du docteur Cheadle, il eut une attaque sous les yeux de ce dernier, qui l'observa avec soin. La face du jeune homme devint subitement grimaçante, il trembla, tout effrayé; ses yeux se fixèrent en haut, il se renversa en arrière contre le mur, sa tête s'y appuya. Il se mit à marmotter avec une grande rapidité : « Man of war, man of war. » Puis, après avoir répété cela une douzaine de fois, son visage contracté reprit son expression accoutumée, il se tint tranquille; il avait sûrement perdu connaissance pendant la durée de l'attaque. On lui demande comment il allait; il fit un effort pour répondre, indiquant qu'il avait entendu ce qu'on lui disait. L'atta-

que n'avait pas duré une minute. Il comprenait qu'il avait eu une crise, mais il ne se rappelait ni de ce qu'il avait dit, ni de ce qu'il avait fait pendant sa durée. Le bromure de potassium fit disparaître les accidents.

OBSERVATION XII.

(CHEADLE.)

Mlle A. W..., âgée de 43 ans, vient demander les soins du Docteur Cheadle le 22 septembre 1873; elle souffrait, depuis sa quatrième année, d'attaques de légères pertes de connaissance, durant quelques secondes ou même quelques minutes. Durant l'attaque, ses yeux étaient vagues, elle agitait son corps et sa tête de droite à gauche, lentement, elle parlait d'une façon incohérente, généralement au sujet des Ecritures, répétant le même mot ou la même phrase sans cesse, par exemple les noms de Moïse ou de Jacob. La seule attaque qu'elle ait jamais eue eut lieu au mois de février ou mars, avant son entrée en observation, et fut semblable aux autres, seulement un peu plus prolongée. Dans cette attaque, elle murmurait, mais n'avait aucune écume et ne se débattait pas davantage. Ensuite, elle eut une ou plusieurs attaques journellement et eut douze attaques le jour précédant son entrée en observation. Sa mère avait un autre enfant qui était devenu étrange et imbécile. Sa tante maternelle était folle. On ne peut obtenir de plus amples détails sur sa famille. La malade disait avoir des vers. Un vermifuge de santonin et de calomel fut ordonné, mélangé à un médicament contenant du bromure de K à petites doses et de l'iodure de K à doses de 2 grains avec quinquina et quassia. Disparition des accès sous l'influence du traitement.

OBSERVATION XIII.

(CHEADLE.)

Mlle K. F..., âgée de 41 ans, vient demander les soins du Docteur Cheadle, le 3 juin 1874, parce qu'elle souffrait de légères attaques de vertiges, auxquelles elle était sujette depuis neuf ans. C'était une enfant vive et excitable. Elle n'avait jamais eu de

rhumatisme, des vers, de la chorée; elle avait eu des convulsions au moment de la poussée des dents; on ne connaissait aucun cas de folie ou d'épilepsie dans sa famille. Elle était la plus jeune de 11 enfants, qui étaient tous vivants et en bonne santé. Les attaques de vertige commencèrent par une vive douleur à l'abdomen, dans la région de l'ombilic. Alors, elle portait les mains à la tête, rejetait les cheveux en arrière, et, évidemment dans un état de demi-inconscience, elle répétait avec une grande rapidité, et très fréquemment, une phrase comme : « Fermez la porte ! fermez la porte ! fermez la porte ! » Sa figure devenait alors très bleue, et elle faisait entendre un bruit rauque dans sa gorge. Ses pupilles étaient dilatées et, en même temps, une expression hagarde se montrait sur son visage. Alors elle criait : « Très bien, très bien, je serai mieux bientôt ! », quand elle revenait à son état normal. Elle ne tombait pas, mais elle se rendait compte qu'elle allait avoir une attaque et elle faisait attention. Elle marmottait et elle criait de cette façon incohérente n'importe où elle se trouvait; elle eut des attaques à l'église et cria quand même. Après l'attaque, elle était très fatiguée et allait souvent dormir. Elle avait souvent des attaques, trois ou quatre fois par jour. Quelquefois elle en était exempte pendant des semaines. Des excitations de n'importe quelle sorte étaient souvent la cause de ses attaques. Malgré traitement bromuré, continuation des attaques.

OBSERVATION XIV.

(CHEADLE.)

Mlle L. G... souffrait depuis douze mois de convulsions d'un curieux caractère. Les attaques se présentaient ainsi : son visage devenait noirâtre, ses yeux devenaient fixes, et elle semblait avoir perdu la connaissance; ses bras et ses jambes s'agitaient, et quelquefois elle tombait; mais le caractère le plus habituel était qu'elle relevait ses vêtements autour de son cou, rampant par terre avec ses mains au menton, hoitant parfois, grattant et empoignant les objets. Quelquefois elle parlait rapidement, répétant la même phrase, comptant souvent 1, 2, 3, 4, toujours et toujours. Après les attaques, elle était stupide et abattue, mais ne

dormait pas. Elle avait conscience d'avoir eu une attaque, mais ne se souvenait pas de ce qu'elle avait dit ou fait. Pendant la semaine dernière, elle avait eu journellement trois ou quatre de ces attaques, avec un jour d'intervalle. Ces attaques devinrent de plus en plus fréquentes et graves. Elle avait eu plusieurs convulsions dans son enfance au moment de la dentition. Le traitement bromuré fit cesser les attaques.

OBSERVATION XV.

(HELLER.)

Chez un garçon de 8 ans, se produisait avant les accès proprement dits une impulsion verbale curieuse avec grande excitation même dans la prononciation de banalités. Il se répète en cet état par des questions à son entourage sans en attendre la réponse. Il discute toutes ces choses avec un mélange curieux de gaieté et d'excitation coléreuse, éclate de rire sans motif et interrompt parfois le flux de ses paroles. Celui-ci devient de plus en plus incohérent; à la fin, les mots deviennent incompréhensibles. Le langage se dissout dans un mélange de syllabes inarticulées. L'accès proprement dit consiste en ce que l'enfant se met par terre avec une précaution qui rappelle l'hystérie et tombe dans des convulsions spasmodiques qui durent seulement quelques instants. Le spasme à peine disparu, l'enfant couché encore par terre commence à marmotter d'une façon incohérente. Il se lève ensuite en titubant, s'approche d'une des personnes de l'entourage et continue son langage dépourvu de sens jusqu'à ce que, enfin, apparaît à nouveau, comme dans l'aura, le parler mi-excité, mi-gai. Parfois on peut noter une suite à la discussion initiale, et même un retour des mêmes expressions. A la fin, l'enfant donne l'impression d'être fatigué par son bavardage abondant, la cadence se ralentit, la voix s'abaisse. L'accès finit avec la cessation du langage après que le malade ait répété comme un écho l'une ou l'autre de ses paroles. Le malade, muet, abattu, stupide, reste assis dans un coin ou bien rarement il s'endort. Les accès se montrent seulement durant la journée. Dans les intervalles libres d'accès, on ne remarque pas de troubles du langage de la façon ci-dessus décrite.

OBSERVATION XVI.

(Prise dans le service de M. le Docteur ROBERT.)

G. D., 35 ans, présente depuis de longues années des accès convulsifs survenant à peu près tous les mois, surtout au moment de ses règles. Très calme à l'ordinaire, la malade montre, deux à trois heures avant l'accès, un état de nervosité extrême pendant lequel elle est tour à tour irritée, bavarde, parlant d'une façon incohérente; à ce moment-là, il lui arrive parfois de chanter. Cet état d'excitation verbale avertit le personnel que la crise est proche; et, en effet, devenant de plus en plus excitée, la malade pousse subitement un grand cri et tombe à terre.

La phase tonique est prolongée, la phase clonique presque inexistante. Mais, durant tout l'accès, la malade ne cesse de pousser de petits cris tout à fait analogues à l'aboïement d'un jeune chien. Après quinze à trente minutes, elle se calme peu à peu et tombe dans un sommeil profond dont elle ne s'éveille qu'après deux à trois heures.

Amnésie complète.

Pendant les intervalles libres d'accès, la malade est très taciturne et ne chante jamais.

4° Impulsions comitiales psycho-motrices se transformant par le traitement en impulsions psychiques pures.

OBSERVATION XVII.

(FÉRÉ.)

Il s'agit d'un homme de 37 ans, n'ayant eu aucun accident comitial à aucune époque de sa vie. C'est un commerçant qui travaille depuis dix-huit ans dans l'établissement de son père, constamment devant témoins; personne n'a signalé aucun trouble. Il est marié depuis douze ans, sans laisser aucun soupçon de trouble nerveux ou autre. On ne découvre aucun antécédent héréditaire.

ditaire, pas de troubles nerveux parmi les collatéraux connus; il a deux petits garçons qui sont normaux et bien conformés, aucune tare anatomique ou fonctionnelle. Pendant qu'il faisait sa toilette dans une pièce où sa femme reposait, celle-ci fut surprise par une exclamation : « Monsieur le curé », qu'elle crut faire partie d'un monologue, singulier d'ailleurs, car son mari ne s'intéresse à aucune question religieuse et ne fréquente aucun membre du clergé, n'entrant jamais dans une église; cette manifestation remonte à dix-huit mois; pendant quatre mois, le malade n'éveilla plus l'attention. Puis, pendant trois jours successifs, la même exclamation se reproduisit exactement à la même heure et dans les mêmes circonstances. Sa femme voulut se rendre compte de ce qui se passait : il fut très étonné des questions qu'elle lui adressa. Pendant plusieurs semaines, il ne se produisit plus rien; puis, à des intervalles variés de quelques jours ou de quelques semaines, la même exclamation se reproduisit à la même heure. C'est alors que sa femme s'aperçut que, de temps en temps, pendant le repas il avait pendant un instant le regard fixe et paraissait quelquefois tendre l'oreille. Elle remarqua bientôt que ces fixités du regard ne se produisaient jamais quand il avait une exclamation. Si l'exclamation était inconsciente, il n'en était pas de même des fixités. Elle s'en inquiétait, et il fut tout disposé à partager son inquiétude en répondant aux questions de sa femme. Il raconta que ces visions n'ont apparu que plusieurs mois après les exclamations qui lui ont été signalées. Il avait une conversation d'affaires avec son père quand il apparut pour la première fois une image confuse d'un curé qu'il avait rencontré à la campagne, dans son enfance, chez son grand-père. Très rapidement l'image s'éclaircit; il comprit qu'elle avait provoqué son exclamation; il était convaincu qu'il l'avait rencontré récemment; il savait parfaitement néanmoins que ce prêtre était mort depuis plus de vingt ans. Il comprit plus tard qu'il l'avait vu en imagination et avait dû provoquer sa dernière exclamation. Il commença à comprendre et à partager l'inquiétude de sa femme.

Sous l'influence d'une dose quotidienne de 4 grammes de bromure de K, les exclamations disparurent; l'image s'est repro-

duite encore plusieurs fois pendant le premier mois du traitement dans des circonstances diverses. Quand le médicament fut augmenté jusqu'à 5 grammes par jour, les visions ne se sont plus reproduites; mais à la fin du deuxième mois, il fut atteint plusieurs jours consécutifs par une préoccupation relative au curé à l'heure où se produisait autrefois l'exclamation. On peut croire que cette préoccupation sans représentation visuelle constituait une manifestation atténuée des visions et des exclamations. Du reste, depuis qu'il a pris 6 grammes par jour, il ne s'est plus reproduit aucun trouble.

OBSERVATION XVIII.

(CLAUDE et BARUK.)

Au cours de notre premier examen, alors que nous commençons d'interroger le malade, nous avons observé la crise suivante, que nous avons pu noter avec tous ses détails. Le malade commençait de raconter son histoire et parlait de son enfance : « Voyez-vous, Docteur, disait-il, j'étais au lycée un élève brillant; toute mon activité s'est... » Au même moment, et brutalement, le facies devient extrêmement pâle, le malade détourne la tête et allonge le bras droit dans une sorte de mouvement d'abduction, la physionomie prend un air étrange : le regard devient fixe, les yeux absolument inexpressifs, véritable aspect de statue sans vie, puis apparaissent quelques mouvements de la mâchoire et quelques mots entrecoupés de soupirs : « Ah ! oui... ah ! oui... c'est aux environs de la ville... »

Le malade exécute alors automatiquement tous les ordres (tirez la langue, levez le bras). Il nous regarde ensuite d'un air étrange, le regard fixe, et dit : « Que me voulez-vous, Monsieur ? Qui êtes-vous ? » Puis surviennent quelques soupirs, le visage se recoloré, le malade reprend la conversation au point où il l'avait laissée. La crise a duré exactement deux minutes. Le malade n'a absolument aucun souvenir de ce qui s'est passé. Il est tout surpris lorsqu'on lui annonce qu'il vient d'avoir un malaise.

La conversation reprend, mais le malade paraît très fatigué. D'autre part, il répète continuellement les mêmes choses, comme s'il oubliait sans cesse ce qu'il vient de dire. Par exemple, il dit à un moment donné : « Ah ! figurez-vous, Docteur, une chose étrange. Ah ! il n'y a pas grand mérite à cela, je ne peux pas voir un numéro sur le capot d'une auto sans additionner les chiffres pour voir si c'est un multiple de 9... » Quelques minutes après, le malade recommença : « Ah ! figurez-vous, Docteur, etc. » et emploie la même phrase avec exactement les mêmes termes. Nous lui faisons remarquer qu'il l'a déjà dit. Il en paraît très surpris. Malgré cette remarque, quelques instants après il recommence encore la même phrase sans changer un mot, et ce fait se reproduit jusqu'à quatre fois, avec les mêmes gestes et le même sourire stéréotypé.

Histoire de la maladie. — Début des crises il y a trois ans. Les premières crises étaient caractérisées par des « moments d'inconscience ». Brusquement, le visage changeait et le malade émettait des paroles incohérentes : « D'après ce que l'on m'a dit, dit le malade, c'étaient des réflexions stupides, des paroles dépourvues de sens, par exemple, je demandais, paraît-il, où était ma sœur morte depuis dix ans. » Aucun souvenir de ces accès. Le malade affirme d'autre part qu'il n'entendait pendant les accès absolument rien de ce qui se passait autour de lui; il ne savait qu'il avait eu un malaise que par les réflexions de ses parents ou, parfois, par l'impression extrême de fatigue qui suivait l'accès.

Peu à peu, ces accès devinrent plus fréquents, bientôt quotidiens. Leur aspect n'était pas toujours identique. A plusieurs reprises, le malade se déshabilla soudainement, ses parents le trouvèrent complètement nu, le regard étrange. Cela ne durait qu'un instant. Il revenait à lui, sans souvenir de ce qui venait de se passer.

Pas d'accès convulsifs.

Evolution des symptômes pendant le traitement par le gardénal. — Il n'a presque plus de « crises inconscientes », mais, suivant sa propre expression des « crises conscientes ». Ces « crises conscientes » consistent comme dans une réminiscence de rêve.

Il passe brusquement de la réalité au rêve, mais c'est très court. Parfois, le rêve consiste dans l'impression du « déjà vu ». Cette impression du « déjà vu » constituait d'ailleurs depuis longtemps très souvent l'aura de la crise.

5° Impulsions comitiales coprolaliques.

OBSERVATION XIX.

(PETIT.)

J. Ch..., 40 ans, sommelier, entre le 16 mai 1895 à l'infirmérie spéciale, à la suite d'un délire qui aurait éclaté subitement deux jours auparavant.

C'est à l'âge de 23 ans que ce sujet semble avoir été pris de ses premières manifestations comitiales : il habitait alors avec sa sœur, et celle-ci, surprise une nuit de l'entendre gémir dans la chambre à côté de la sienne, accourut et le trouva dans son lit, une écume sanglante aux lèvres, hébété, ayant complètement perdu le souvenir de ce qui venait de se passer. L'année suivante, étant à table, il aurait pâli tout d'un coup, serait devenu inconscient, et, transporté sur son lit, il aurait eu une « violente attaque de nerfs ».

A l'infirmérie spéciale, le médecin constate qu'il a du « délire maniaque avec inconscience absolue; répétition automatique du même geste et du même mot : il frappe dans ses mains et prononce le mot « merde »; morsure profonde de la langue ».

OBSERVATION XX.

(RAECKE.)

Malade épileptique, 36 ans, rentré à l'hôpital dans un état de forte excitation. A toutes les questions concernant son état civil, il répond d'une voix criarde : « Je suis un cochon, tu es un cochon, il est un cochon. » Quand quelqu'un s'approche de lui, il crie d'une façon menaçante : « Je suis un cochon, tu es un

cochon, etc. » A toutes les autres questions, il donne la même réponse stéréotypique, montrant son vocabulaire réduit à une seule phrase dépourvue de sens, et qu'il répète des journées entières uniformément, tantôt en guise de réponse, tantôt quand il s'adresse à quelqu'un, tantôt avec un accent menaçant.

Récupération des facultés intellectuelles après quelques jours et amnésie complète.

OBSERVATION XXI.

(MAGNAN.)

Les accès se ressemblent parfois tellement chez le même individu qu'on peut prédire à coup sûr ce qui va se passer et même prévoir la durée de l'accès. Un homme que nous avons actuellement dans le service, et qui entre pour la cinquième ou sixième fois, présente à chacun de ses accès la même excitation, la même incohérence, poussant les mêmes cris avec les mêmes intonations et répétant les mêmes propos orduriers. Après trois jours, il revient à lui, et il s'excuse de ce qu'il a pu dire, manifestant des regrets d'avoir peut-être encore injurié tout le monde. Il ne connaît du reste son état que parce qu'on le lui a déjà dépeint maintes fois.

OBSERVATION XXII.

(MAGNAN.)

Un tailleur d'habits, âgé de 43 ans, fils d'épileptique, s'est fréquemment, après les attaques, montré grossier et violent, soit à l'égard de ses camarades, ou d'agents de police, ou de passants qui s'empressaient autour de lui pour le secourir. Arrêté pour vagabondage pendant une fugue consécutive à une attaque, il comparait devant le tribunal trois heures après une crise. Il marche à côté des gardes, répond d'une façon correcte à quelques questions qui lui sont posées, puis, pendant l'audience, sans nul motif, se met à injurier et à menacer le procureur de la République. Les magistrats, séance tenante, le condamnent pour ce fait

à deux ans de prison. Il ne répond pas, reste silencieux sur son banc, se retire dès qu'on l'y invite. Le surlendemain, à la prison, on lui demande les motifs de sa conduite, de son attitude à l'audience; il est très surpris de ce qu'on lui apprend, car tout ce qui s'est passé est non avvenu pour lui.

OBSERVATION XXIII.

(LEGRAND DU SAULLE.)

Un fonctionnaire d'un ordre élevé, âgé d'une cinquantaine d'années, est doué d'une intelligence au-dessus de la moyenne. C'est un homme très estimé et de relations sûres et agréables. Voici ce qui lui arrive : de temps en temps, tous les quarante ou cinquante jours à peu près, au moment où l'on s'y attend le moins, il pâlit, a le hoquet, se met à aboyer, prend à terre une attitude grotesque et invariablement la même, et, dans des termes orduriers, profère contre sa femme les plus terribles menaces de mort. Au bout d'un temps variable, et qui oscille entre dix minutes et une heure et demie ou deux heures, il se relève, revient à lui, s'aperçoit qu'il a dû se passer quelque chose d'extraordinaire, se met à pleurer et demande pardon à sa femme. Cette scène une fois finie, il va à ses affaires, donne des ordres, se met à table, va dans le monde ou reçoit chez lui, et personne ne se doute de rien.

J'ai cru, pour ma part, à un cas d'épilepsie larvée, et j'ai appris qu'un traitement bromuré persévéramment continué avait produit la cessation très nette de tous les accidents.

6° Impulsions comitiales constituées par l'émission des phrases avec organisation du langage.

La cohésion du langage peut se montrer si parfaitement parfaite qu'elle en impose à un auditoire.

OBSERVATION XXIV.

(Trousseau.)

Tout le monde, dans cette enceinte, a entendu parler d'une dame de la société qui, dans le monde, au théâtre, à l'église, à la promenade, profère tout à coup ou les injures les plus graves ou les mots les plus obscènes, dont elle n'a pas conscience, dit-on. C'est d'ailleurs une femme respectable à tous égards et d'une intelligence fort élevée. Sous l'empire de ses impulsions irrésistibles, singulières, cette dame se met à proférer les paroles les plus étranges et exprime tout haut, pendant son vertige, l'idée souvent pleine d'esprit et d'à-propos que la convenance l'empêcherait de manifester. Bien qu'ici l'impulsion soit irrésistible, l'extrême justesse de la réplique ou de l'à-propos doit faire croire à des hommes peu habitués aux phénomènes de l'épilepsie que ces paroles ont été prononcées intentionnellement. Au lieu d'une injure, d'une obscénité, d'une épigramme, supposez un meurtre, et dites-moi, s'il y a crime, s'il n'y a pas lieu de faire application de l'article 64 du Code pénal ?

OBSERVATION XXV.

(Ardin-Delteil.)

Busdraghi (*Sur un cas d'épilepsie politique, Archiv. di psych.*, t. X) a publié l'observation d'un épileptique ouvrier vernisseur, qui, saisi par un accès au milieu de son travail, se tourne vers ses camarades d'atelier et leur fait des discours révolutionnaires dans lesquels il supprime l'argent, le travail, les vêtements, le mariage, les curés, les patrons, et rêve un retour vers les temps passés, vers une « époque adamitique ». En même temps il lui vient mal à la tête, il perd la vue, il louche de l'œil droit, son visage rougit, il perd connaissance. Cette épilepsie politique est tout à fait intéressante par cette fusion de l'accès épileptique avec l'idéation politique.

OBSERVATION XXVI.

(PICARD.)

David Findlay (*Clinical observations of epileptic insanity*, Glasgow, 1888, p. 29) conte qu'un épileptique eut une absence, sermona au temple ses coreligionnaires et que, le lendemain, requis par un ami de lui fournir quelques éclaircissements, il soutint n'avoir pas parlé.

7° Impulsions comitiales constituées par une altération
de la prononciation verbale.

A. — *Bégaïement*.

« L'épilepsie coïncide avec le bégaïement dans un assez grand nombre de cas. Le bégaïement, comme d'autres vices de prononciation, peut persister toute la vie d'un épileptique sans être influencé par l'épilepsie, et conserver une permanence uniforme. Quelquefois le bégaïement est plus intense à la suite des crises; il peut trahir par ses recrudescences des crises frustes d'épilepsie. Plus rarement le bégaïement ne se manifeste chez un épileptique que par périodes plus ou moins courtes. Ce bégaïement transitoire peut être lié à des attaques convulsives ou autres, soit en les précédant, soit en les suivant, soit en les suppléant; il est une manifestation de l'épilepsie, et il mérite d'être considéré comme un symptôme d'épilepsie générale. Il peut se montrer avant les accès, et on peut le trouver pendant les intervalles, de même que certains troubles du langage; l'amnésie, l'aphémie, la dysphasie, la bradylalie, l'écholalie, etc. Le bégaïement qui se manifeste à la suite des attaques épileptiques peut être considéré comme une continuation de la décharge nerveuse ou une conséquence de l'épuisement post-paroxystique : c'est le plus fréquent.

» Le bégaïement précède quelquefois l'accès : il est la

première manifestation de l'orage. Le bégaiement préalable peut constituer une aura très peu durable et inséparable des autres mouvements convulsifs; d'autres fois, il constitue un avertissement précédant l'accès pendant un temps assez long, quelques minutes ou mêmes des heures. Cet avertissement peut être séparé par une période de repos plus ou moins longue avant l'accès. Quand le malade, habituellement prévenu par ce bégaiement transitoire, peut être déconcerté par l'absence de la crise ordinaire, nous pouvons considérer qu'il est atteint d'un équivalent épileptique, d'une crise fruste, sous une forme de crise de bégaiement épileptique. La reconnaissance de ces crises peut s'établir par des faits d'apparence caractéristique. » (Féré.)

OBSERVATION XXVII.

(FÉRE.)

I. P..., âgé de 17 ans, est né d'un père de 61 ans et d'une mère de 43, fils unique. Aucune tare nerveuse dans la famille paternelle ni dans la famille maternelle. Convulsions dans l'enfance, mictions nocturnes jusqu'à 8 ans. Nouvelles attaques convulsives à 14 ans, après la puberté; rares pendant deux ans; à la suite d'une chute, les accès sont plus fréquents; après l'administration du bromure de K, les accès sont moins intenses, mais s'annoncent par le bégaiement pendant quelques minutes, qui se reproduit après les accès durant souvent plusieurs heures. A mesure que le médicament était augmenté de 1 gramme pour chaque dose quotidienne, environ chaque mois, l'intensité des convulsions et la stupeur diminuaient, le bégaiement postparoxysmique disparaissait. Vers le sixième mois du traitement, il se produisit une première crise, constituée exclusivement par du bégaiement. Cette crise a duré plus d'une demi-heure, terminée par une légère obnubilation, mais sans perte de connaissance, sans sommeil. D'autres crises de bégaiement se sont reproduites plus courtes pendant le mois suivant. Les crises du bégaiement

avaient remplacé trois grandes attaques de crises convulsives, suivies de stupeur de plusieurs heures. Pendant le mois suivant, les crises de bégaiement étaient encore devenues plus courtes, mais plus fréquentes, plusieurs fois par jour.

Le malade imagina de prendre les 6 grammes de bromure de K en une fois par jour au lieu de trois; il fit du bromisme en trois jours : on dut supprimer complètement pendant quatre jours seulement; les anciens accès convulsifs se sont reproduits pendant plusieurs années sans la réapparition du bégaiement, bien que l'atténuation des accès se soit manifestée de nouveau quand la quantité de bromure a été augmentée de moitié.

OBSERVATION XXVIII.

(FÉRÉ.)

C. G..., âgé de 5 ans, est le troisième enfant de parents normaux; mais le père est un buveur. Deux frères plus âgés sont des arriérés. Lui-même paraît assez bien développé, autant du point de vue intellectuel qu'au point de vue somatique. Il avait eu des convulsions à propos de sa première dentition et des accès épileptiques à chaque trouble gastrique, puis, sans cause connue, à peu près une fois par semaine depuis sa troisième année. Sous l'influence du bromure de K à la dose de 1 gramme le matin et le soir, il cessa d'avoir, pendant plusieurs mois, aucune manifestation convulsive, mais, de temps en temps, une ou deux fois par mois, il fut pris de bégaiement durant quelquefois seulement un quart d'heure au moins, plus souvent une ou deux heures, ou même la plus grande partie de la journée. Les parents, ne voyant plus de convulsions, ne comprenaient aucune relation entre les anciens accidents et le bégaiement, n'ayant pour eux aucune gravité parce qu'il était passager. On leur avait recommandé d'augmenter la dose du médicament; ils n'en firent rien jusqu'au sixième mois, où une attaque convulsive plus intense qu'autrefois et suivie d'une stupeur plus prolongée les rappela à la réalité.

Les crises de bégaiement constituaient des équivalents qui montraient la subsistance de l'épilepsie et indiquaient la nécessité d'insister sur le traitement. Quand on a augmenté à plusieurs reprises jusqu'à 5 grammes, les crises convulsives ont disparu et aussi les crises de bégaiement.

OBSERVATION XXIX.

(FÉRÉ).

O. P..., 45 ans, batelier, ne connaît pas de troubles nerveux dans sa famille parmi les ascendants ou les collatéraux. Il a 5 enfants qui se portent bien, mais qui ont eu tous des convulsions dans l'enfance. Lui-même s'est toujours très bien porté et est sobre; cependant, il a la migraine depuis la puberté environ une fois par mois, mais sans régularité au point de vue de l'intensité; tout se passait en douleur frontale, sans accompagnements sensoriels, sans vomissement; la douleur disparaissait avec le sommeil nocturne; la douleur était sans cause apparente et se montrait à des heures différentes, mais pourtant le plus souvent dans la matinée. Il avait 39 ans quand il eut une peur qui l'a tout changé, dit-il. Il fut témoin de la chute de deux hommes dans la rivière : il s'est jeté à l'eau pour les secourir, mais quand il se sentit saisir il se crut dans le plus grand danger. Il fut secouru et sauvé avec les deux hommes. Il n'eut plus de migraine, mais, quelques jours après l'accident, il se sentit bégayer pendant quelques minutes, puis perdit connaissance et tomba dans une crise convulsive; il se réveilla mouillé d'urine, puis resta abattu dans un sommeil profond; sa langue était gonflée et douloureuse pendant plusieurs jours. Depuis cette époque, les mêmes attaques se sont reproduites chaque mois, c'est-à-dire à peu près aux mêmes intervalles où il souffrait autrefois de la migraine.

Il a pris du bromure de K, mais sans régularité. Cependant, les crises se sont éloignées d'abord; depuis quelques mois elles sont devenues plus légères. Elles sont maintenant, au moins depuis le dernier trimestre, annoncées quinze ou trente minutes avant par un bégaiement, qu'il n'avait jamais éprouvé. Quand il se met à

marcher vite, il peut éviter l'accès convulsif, dès qu'il est prévenu par le bégaiement. Mais quand l'accès a été évité par ce procédé, il se sent encore chargé, et plusieurs jours consécutifs le bégaiement le menace de nouveau, jusqu'à ce qu'il prenne un accès, d'autant plus intense qu'il a été plus différé.

Depuis qu'il se soumet régulièrement au traitement bromuré à la dose quotidienne de 6 grammes par jour, le bégaiement se renouvelle encore, mais il est moins accentué et disparaît spontanément après quelques minutes. Le mois dernier s'est passé sans accès convulsif et sans perte de connaissance.

B. — *Adoption d'une autre langue ou idiome
par des polyglottes.*

OBSERVATION XXX.

(PICARD.)

Herpin observait des épileptiques qui, lors d'une absence, s'adressent en quelque dialecte étranger à des personnes incapables de les comprendre.

OBSERVATION XXXI.

(PICARD.)

Un malade d'origine polonaise observé par Picard parle lors d'une absence sa langue maternelle.

Plus qu'aucune autre chose, cette transformation marque la rupture qui s'est produite dans l'intelligence, le retour en arrière vers une idéation antérieure.

8° Impulsions comitiales sous forme d'équivalents musicaux.

OBSERVATION XXXII.

(SANTE DE SANCTIS.)

C. R..., 25 ans, entre dans la clinique le 9 mai 1897. Attaques épileptiques sous les formes les plus variées : tantôt attaques classiques comitiales, tantôt attaques motrices incomplètes, tantôt attaques modifiées, tantôt équivalents psychiques d'aspect divers.

15 mai : Attaque durant la nuit. Cri initial, convulsions toniques, cloniques, stertor, stupeur de quelques minutes; amnésie complète. A 7 heures du matin, nouvelle attaque avec convulsions toniques et cloniques d'une durée d'un quart d'heure. A 10 heures, autre attaque comme la précédente, mais d'une durée d'une minute seulement; après celle-ci, le malade s'est mis à chanter une chanson populaire, dandinant de la tête et frappant rythmiquement les bras sur le lit. Cessation subite du chant après quelques minutes et nouvelles convulsions toniques-cloniques. Après bref intervalle, commence à chanter à nouveau pendant deux minutes une chanson obscène. Après cette chanson, apparition nouvelle des convulsions, mais beaucoup moins intenses.

Inconscience pendant tout ce temps; ne sait pas qu'il a chanté; ne chantait jamais à l'état normal, affirme ne connaître aucune des deux chansons.

Pendant l'après-midi, deux nouvelles attaques, mais sans chant.

17 mai : Pendant le déjeuner, C. recommence à chanter, se lève de table en proie à une grande agitation. Doit être attaché au lit; aucun mouvement convulsif. Inconscience complète; amnésie à la suite.

19 mai : trois légères attaques de 10 heures à minuit.

21 mai : Vers 8 heures, pendant qu'il parlait avec d'autres malades, C. prétend se sentir mal. Commence subitement à chanter. Le chant terminé, il reste confus et subconscient. Vers 13 heures, pendant qu'il déjeune, il se lève de sa place, va vers la porte et

y frappe sa tête. Ramené au lit, il commence un chant frénétique. Quelques minutes après, tout est fini, amnésie complète.

5 juin : A midi, il se dresse subitement dans son lit et appelle un infirmier; il se sent mal. Immédiatement après, il s'assoit dans son lit et commence à dandeler dans le sens antéro-postérieur, en chantant en même temps à pleins poumons, mais d'une voix plutôt basse; figure pâle, regard fixe et immobile. Le chant est d'une mélodie triste et monotone avec ces paroles : « Suona, suona... Sant'Agnese... le campane di Sant'Agnese... le campane di S. Nicola... »; répète invariablement ces quelques paroles; chante de cette façon durant neuf minutes; après, facies hébété, discours incohérents, pendant quelques minutes, puis il revient à l'état normal; amnésie complète; se rappelle seulement avoir appelé l'infirmier.

9 juin : A 7 heures, le malade a une dispute avec un voisin, se lève, va en titubant dans un coin de la salle, s'assoit par terre et chante. Toute l'attaque a duré 1 à 2 minutes; amnésie complète.

Dans cette observation, le chant n'est pas un équivalent musical pur de l'attaque épileptique; il s'accompagne de mouvements rythmiques du tronc et des membres.

OBSERVATION XXXIII.

(SANTE DE SANCTIS.)

P. V..., 36 ans, entre dans le service le 6 mai. Première attaque à 18 ans. Depuis attaques fréquentes de type classique et de type modifié.

11 mai : Vers 3 heures du matin, attaque avec cri initial, phase tonique, mais phase clonique à peine marquée, le tout d'une durée de huit minutes, avec stupeur postparoxystique pendant une heure; amnésie. Le matin, autre attaque, mais plus légère; à midi, autre attaque complète, comme celle de la nuit.

13 mai : Vers 9 heures, la malade devient subitement pâle, suspend son occupation (elle était en train de s'habiller) et com-

menée à chanter des airs populaires. Pendant le chant, elle reste debout, sans mouvements convulsifs, ne répond à aucune question. Le chant dure dix minutes et est suivi d'une amnésie complète.

Le soir, après le dîner, la malade pâlit subitement et tombe par terre. On lui met un coussin sous la tête pour empêcher qu'elle se fasse du mal; tout d'un coup, la malade embrasse le coussin et exécute des mouvements de coït sur lui, en même temps qu'elle chante une chanson religieuse. L'attaque, constituée pendant deux à trois minutes exclusivement des chants religieux et des mouvements de coït, est suivie d'une période de stupeur et d'amnésie complète.

14 mai : À 5 heures de l'après-midi, attaques sans chute ni cri, mais seulement avec pâleur subite; quelques mouvements étranges des yeux, chant d'airs populaires et automatismes divers, parmi lesquels à noter celui de se déshabiller, d'exhibition des organes génitaux.

Période de stupeur postparoxystique; amnésie complète.

Commentaire : Remarquables automatismes musicaux concomitants avec l'attaque et surtout l'association inconsciente entre les mouvements du coït et le chant religieux.

OBSERVATION XXXIV.

(BIANCHINI.)

Malade de 33 ans. Elle se développa jusqu'à l'âge de 19 ans d'une façon suffisamment régulière, mais son caractère se révéla étrange, capricieux, mystique; elle aimait beaucoup plus les prières que ses parents. A 19 ans, elle présenta des accès convulsifs, épileptiques, qui ne l'abandonnèrent plus. Depuis son entrée dans l'asile, les accès moteurs se succédèrent à la distance de vingt à vingt-cinq jours avec le même caractère et la même durée à chaque période. La malade est silencieuse; bien rarement elle tricote quelques chaussettes. Quelques mois plus tard, ses accès subirent une modification très curieuse : en même temps qu'ils étaient devenus plus rares, on observa qu'ils étaient annoncés avec une régularité surprenante par une période de chant.

Quelque temps avant que l'accès convulsif éclate, la malade entre dans un état d'excitation motrice et d'excitation psychique. Elle couvre sa tête avec la jupe de la même façon que les sœurs hospitalières portent leur capuchon blanc; elle veut baiser les mains aux chefs surveillants, aux médecins, pour leur témoigner son attachement. Ses yeux brillent, elle commence à chanter les litanies de la Vierge, à psalmodier les prières des morts, elle accompagne les rythmes du chant avec une allure cadencée, elle fait des gestes de prière et d'extase. Comme le chant se développe presque toujours dans la journée, il est certain que dans la nuit, ou le lendemain au plus tard, se développera l'accès moteur. Le chant a une durée de quelques heures. Ces périodes morbides se reproduisent tous les mois ou une dizaine de fois par an, toujours avec la même symptomatologie initiale.

Dans les périodes exemptes d'accès, jamais on n'entend chanter notre malade. Rarement elle cause avec ses camarades ou avec ceux qui l'interrogent.

OBSERVATION XXXV.

(BIANCHINI.)

Malade de 41 ans. A 7 ans, accès épileptiques; à l'époque de l'adolescence, il en était la proie tous les quatre à cinq jours. A l'asile, on put observer un certain symptôme qui précédait constamment l'éclat des accès. Voici en quoi il consiste : les périodes d'accès se suivent tous les trente à quarante jours; en état de bien-être, le malade, en dehors d'une certaine indifférence pour le milieu et d'une faiblesse d'esprit congénitale, ne présente aucun autre symptôme morbide. Lorsque l'attaque est proche, le malade tombe en proie à un état d'excitation psychomotrice : il se met à marcher furieusement, le visage se congestionne, le pouls arrive à 104; en même temps, il commence à chanter. Il chante à voix développée une chanson populaire sans cesse, avec une cadence régulière, monotone et toujours identique; il ne reconnaît plus personne, devient tout à fait désorienté. Le

chant se prolonge pendant trois à quatre heures, pendant une demi-journée même; il cesse ensuite en laissant le patient dans un état d'excitation motrice et de désorientation toujours croissantes. Sept ou huit heures après au plus tard, soit dans la journée, soit dans la nuit, peu importe, il est frappé par une série de deux à quatre petits accès moteurs qui durent quelques minutes et qui se suivent à courte distance l'un de l'autre. Il reste confus et stupide pendant un jour, puis se remet totalement. Hors de là, le malade ne chante jamais. Les accès moteurs n'arrivent jamais s'ils ne sont annoncés par le chant. Quelquefois, cependant, le chant en est le phénomène terminal. Mais le caractère essentiel en est constitué par la signification tout à fait particulière du chant; il constitue l'aura psychomotrice de l'accès convulsif.

OBSERVATION XXXVI.

(BIANCHINI.)

Cas décrit sous le nom « épilepsie paranoïde ».

La phase terminale de l'accès, qui est très long (huit à dix jours), est constituée par un état d'excitation psychomotrice qui se traduit par le chant vocal. La malade en question, après avoir présenté une période de délire persécutif et obsessionnel, se met à chanter. Cela nous indique que l'accès tire à sa fin.

Au fur et à mesure que les idées délirantes pâlisent et s'effacent, la malade se met à chanter à voix basse, avec une expression lugubre. C'est une chanson de douleur qu'elle chante jour et nuit, continuellement. Cette chanson est celle que les femmes chantent en chœur, en Calabrie, autour d'un cercueil et en suivant les obsèques jusqu'au cimetière; chez notre malade, elle nous représente l'état de profonde dépression dans laquelle elle se trouve plongée à la fin de son long accès délirant. A l'état normal, jamais elle ne chante : elle parle aussi toujours peu, ses discours étant corrects et sensés.

OBSERVATION XXXVII.

(MONTAGNIGNI.)

Epileptique de 48 ans, qui eut plusieurs fois de l'automatisme postconvulsif. Depuis quelque temps alitée pour gastro-entérite, elle ne présente plus d'automatisme ambulatoire, mais a des accès de chant. Ces attaques de chant sont soudaines, spontanées, indépendantes de toute stimulation extérieure. Elles surviennent presque toujours à la même heure du matin, quelquefois la nuit; presque toujours elles coïncident avec les grandes attaques motrices. Après le chant, la malade ne présente aucun phénomène d'excitation, mais elle retombe dans son apathie et son état taciturne habituel. C'est une démente avancée.

OBSERVATION XXXVIII.

(CHRISTIANI.)

R. H..., 22 ans. Son père, interné à plusieurs reprises pour état maniaque, est un grand maître du piano et du chant. Le malade est son fils illégitime, type classique de dégénérescence anthropologique et psychique avec épilepsie, qui présente toutes les formes cliniques, motrices, sensorielles, psychiques, vertiges, absences équivalentes, etc. C'est un épileptique insociable, impulsif, très dangereux.

Intelligent avant l'apparition de l'épilepsie, les attaques graves et fréquentes de cette dernière ont déjà déterminé un fort degré de démence terminale.

Le malade était un connaisseur moins que médiocre du chant, du piano, de la musique; et, quoiqu'il ait été le fils d'un maître génial du piano et qu'il ait toujours vécu avec son père, il n'était doué d'aucune passion musicale, d'aucune habileté.

Les automatismes musicaux de nature épileptique se manifestaient tantôt sous forme d'un air ou d'un chant. Ces diverses manifestations étaient parfois des souvenirs d'opéras ou de sonates,

réévoquées par R., parfois, au contraire, elles appartenait à des notes, phrases, airs, chants, que le malade improvisait lui-même.

Quoi qu'il en soit, toutes ces manifestations musicales furent toujours imparfaitement exécutées. En outre, il prononçait à l'ordinaire une seule note, tout au plus deux à trois. Il commençait à peine une phrase, un air, une chanson, et il les tronquait aussitôt. Parfois, il semblait que le malade ait cessé de chanter, comme frappé d'une extrême confusion mentale, d'une abolition de la conscience et d'un arrêt psychomoteur, comme si l'automatisme musical venait d'être brusquement interrompu par un vertige épileptique.

En dehors de l'automatisme musical, le malade présentait constamment un automatisme mimique constitué par des mouvements de la tête, du tronc, des membres supérieurs et inférieurs, mouvements cadencés, rythmiques, synchrones des manifestations musicales, l'automatisme moteur étant la reproduction fidèle d'une personne, d'un maître de musique ou d'un chef d'orchestre pendant ses fonctions.

L'équivalent musical avait cette autre particularité d'être toujours identique, stéréotypique; le malade répétait constamment la même note ou la suite des mêmes notes, phrases, airs, chants, etc., avec le même ton.

Après la cessation de l'état épileptique, le malade gardait l'amnésie la plus complète.

Commentaire. — Dans ce cas, nous observons l'automatisme purement musical (note, air), l'automatisme verbo-musical (chant), l'automatisme mimico-musical (gesticulation de chef d'orchestre), accompagnant l'automatisme musical pur et les mots musicaux; enfin l'automatisme mimico-verbo-musical.

CONCLUSIONS

I. — Dans l'épilepsie, les attaques convulsives peuvent être précédées, remplacées ou suivies par des impulsions, dont le caractère prépondérant ou exclusif est le débit verbal. Les impulsions verbales sont surtout fréquentes dans les états crépusculaires et confusionnels.

II. — Ces impulsions verbales de nature comitiale se distinguent des impulsions verbales non comitiales par leur caractère propre : début brusque, durée relativement courte, périodicité dans le retour, reproduction identique sous la même formule à chaque accès, amnésie totale au réveil, influence suspensive remarquable du traitement anti-épileptique sur leur apparition.

III. — Les impulsions verbales dans l'épilepsie sont extrêmement polymorphes : de la prononciation de simples lettres, de syllabes, de mots confus, de phrases incohérentes, jusqu'à une cohérence du langage apparemment si parfaite qu'elle en impose à un auditoire.

IV. — Les impulsions verbales peuvent se montrer sous la forme d'équivalent musical et de chant allant de l'émission de simples notes jusqu'à l'exécution plus ou moins complète de mélodies, de chansons, de morceaux d'opéras.

V. — Les impulsions verbales épileptiques peuvent se montrer aussi sous la forme d'altération de l'articulation des mots et sous l'aspect d'un véritable bégaiement. Elles peu-

vent encore se manifester par la substitution d'une autre langue ou idiome chez les polyglottes.

VI. — Les impulsions verbales se produisent par le déclenchement de l'activité des centres de l'automatisme verbal psycho-moteur, sous l'influence de la décharge épileptique; du siège anatomique, de l'extension consécutive et de la durée de cette décharge dépend l'aspect clinique des impulsions verbales comitiales.

VII. — Les impulsions verbales, symptômes de l'aura ou équivalent de l'accès convulsif, survenant avec reproduction identique sous la même formule à chaque accès, constituent la preuve la plus certaine de l'existence anatomo-physiologique des centres de l'automatisme verbal. C'est dans le territoire cérébral commandant l'expression impulsive que prend naissance la décharge épileptique.

VU : POUR LE DOYEN :

L'Assesseur,

J. GUYOT.

VU, BON A IMPRIMER .

Le Président,

J. ABADIE.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 12 juillet 1933.

Le Recteur de l'Académie,

A. TERRACHER.

BIBLIOGRAPHIE

- ABADIE. — Rapport sur les conceptions étiologiques modernes sur les épilepsies. *Revue neurologique*, 1932.
- ANGLADE. — La question de l'aphasie. Bordeaux, 1908.
- ARDIN-DELTEIL. — Les équivalents physiques de l'épilepsie. *Nouveau Montpellier médical*, 1900.
- Thèse Montpellier, 1898.
- BIANCHINI. — *Revue neurologique*, 1904, p. 15 et p. 971.
- CHEADLE. — *The British Medical Journal*, May, I, 1875.
- CHRISTIANI. — *Rivista quindicinale di Psic., Psich, Neurop.*, sept. 1897.
- CLAUDE et BARUK. — Sur quelques formes dégradées de l'épilepsie. *Encéphale*, 1931.
- FÉRÉ. — Le bégaiement épileptique. *Revue de médecine*, 1905.
- Les Epilepsies, p. 111.
- Notes sur les rêves épileptiques. *Revue de médecine*, 1905, p. 670.
- HELLER. — Uber einen Fall von epileptischer Sprachtörung. *Neurologisches Centralblatt*, 1912.
- LEGRAND DU SAULLE. — *Annales médico-psychologiques*, séance du 24 févr. 1873.
- MAGNAN. — Leçons cliniques sur les maladies mentales. Ed. *Progrès médical*, 1893.
- MONTAGNIGNI. — *Gazzetta degli Ospedali et delle Cliniche*, 27 déc. 1903.
- PETIT. — *Archives de neurologie*, 1902, p. 122.
- PICARD. — Thèse Paris, 1927.
- PICK. — *Archives fur Psychiatrie*, XII, p. 736.
- RAECKE. — *Münchener mediz. Wochenschrift*, 8 févr. 1904.

- SANTE DE SANCTIS. — *Rivista quindicinale di Psicol., Psych., Neurop.*,
juill. 1897.
- STCHERBAK. — Hallucinations littérales motrices. *Revue. neurolo-*
gique, 1909.
- TRENEL. — Troubles du langage des épileptiques. *Annales médico-*
psychologiques, 1914.
- TROUSSEAU. — *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Paris*, 1873.

